

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1112.

L'HYSTÉRECTOMIE

PAR LA VOIE SACRÉE

ÉTUDE STATISTIQUE & CRITIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 18 novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antony LATHURAZ-VIOLLET

Né à Lyon le 16 septembre 1868.

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON ET DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE.

LAURÉAT DU PRIX BONNET 1890.

LAURÉAT DU PRIX BOUCHET 1895.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1112.

L'HYSTÉRECTOMIE

PAR LA VOIE SACRÉE

ÉTUDE STATISTIQUE & CRITIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 18 novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antony LATHURAZ-VIOLLET

Né à Lyon le 16 septembre 1868.

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON ET DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE.

LAURÉAT DU PRIX BONNET 1890.

LAURÉAT DU PRIX BOUCHET 1895.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVÉAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER.
Médecine légale.	POLLOSSON (Maur.)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements	POLLOSSON (Aug.) —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. DEVIC.	MM. ROCHET.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	ROLLET
BOYER.	DOYON.	ROQUE.
COLLET.	DURAND.	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	SIRAUD.
COURMONT.	MOREAU.	VALLAS.
CURTILLET.	POLLOSSON (Aug.).	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, *Président*; M. LAROYENNE, *Assesseur*; MM. POLLOSSON (A.) et CONDAMIN, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur FOCHIER.

A MES MAITRES DE L'INTERNAT

MM. les Professeurs BARD, LAROYENNE, LÉPINE,

MAURICE POLLOSSON,

M. le Docteur JOSSERAND, médecin des Hôpitaux.

A MES MAITRES DE L'EXTERNAT

M. le Professeur OLLIER,

M. le Docteur CLÉMENT, médecin de l'Hôtel-Dieu.

A MES COLLÈGUES DE L'INTERNAT

AVANT-PROPOS.

L'hystérectomie par la voie sacrée ne saurait être regardée, à l'heure actuelle, comme une intervention courante en gynécologie opératoire, en France, du moins, car, à l'étranger et surtout en Allemagne, cette méthode a compté et compte encore de nombreux partisans. Depuis le jour où Hochenegg eut l'idée d'appliquer l'opération de Kraske à des néoplasmes utérins difficilement abordables par la voie vaginale, de semblables interventions se sont multipliées et actuellement la bibliographie allemande est assez riche en faits de ce genre. On n'en peut dire autant de la bibliographie française, dans laquelle on ne trouve que peu de renseignements sur le « Kraske gynécologique » à l'égard duquel l'opinion chirurgicale de notre pays se tient sur une extrême réserve bien voisine de la défiance. A Paris, on n'a fait que très rarement des hystérectomies par la voie sacrée, et la chirurgie lyonnaise, si variée et si originale à d'autres égards, n'a pas encore, à notre connaissance, abordé cette opération.

Cette défaveur a pu jusqu'à ce jour, dans une certaine mesure, s'expliquer par les statistiques peu encoura-

geantes de l'hystérectomie sacrée ; mais il est visible que depuis deux ou trois années les résultats vont s'améliorant. D'autre part, la technique opératoire, jusque-là assez sommaire et obscure, a été précisée et enrichie de procédés nouveaux. Comme pour l'hystérectomie vaginale, il y a eu une période de tâtonnements, d'essais préliminaires qui a retenti fâcheusement sur la statistique. Au début, on opérait indistinctement tous les cas bons ou mauvais sans grand souci des indications tirées de l'examen clinique. A l'heure actuelle, avec les importantes ressources dont dispose le diagnostic gynécologique, un choix plus judicieux, basé sur des indications nettement définies, s'imposera : à une affection diagnostiquée de bonne heure, on appliquera une intervention précoce ; et ce sera tout bénéfice pour les statistiques et surtout pour les malades.

Il ne faut pas croire, en effet, que l'hystérectomie sacrée, *ultima ratio* de la chirurgie utérine, doive prendre pour son compte les néoplasmes inopérables ou à la limite des indications opératoires, les *noli me tangere* délaissés par l'hystérectomie vaginale. Les mêmes indications sont applicables aux deux méthodes ; pas plus par la voie sacrée que par toute autre, un chirurgien prudent ne tentera d'intervenir pour les épithéliomes du col, adhérents, avec infiltration des ligaments larges, envahissement du vagin, etc. De tels cas demeureront longtemps encore, toujours peut-être, justiciables du seul traitement palliatif. Mais il en est tout autrement pour ces néoplasmes du corps de l'utérus, avec hypertrophie considérable de l'organe

(dégénérescences d'anciens fibrômes) pour lesquels la voie vaginale est étroite et malaisée (1).

C'est M. le professeur Fochier qui nous a suggéré l'idée de ce modeste travail, et pour le mener à bonne fin, nous avons mis bien souvent à profit ses conseils. Nous le remercions vivement aujourd'hui de sa constante bienveillance à notre égard, de ses leçons et des exemples que ce maître, indulgent à autrui autant que sévère à lui-même, nous a donnés.

Envers M. le professeur Laroyenne, qui a bien voulu, pendant six mois, nous faire profiter de sa grande expérience gynécologique, nous avons contracté une dette de reconnaissance que ces lignes n'acquittent que bien imparfaitement.

Que M. le professeur-agrégé Condamin, M. le D^r Goullioud nous permettent de les assurer de toute notre gratitude.

M. le professeur M. Pollosson, pendant les divers semestres que nous avons passés dans son service, s'est montré pour nous le plus aimable et le plus

(1) M. P. Segond (Congr. de chirurgie 1895), dit qu'il est possible d'extraire, par la voie vaginale, tout fibrôme dont le sommet ne dépasse pas l'ombilic. Ce chirurgien use, il est vrai, *larga manu*, du morcellement, et malgré cet indispensable adjuvant, l'accouchement de ces volumineuses tumeurs doit être souvent laborieux.

dévoué des maîtres : à plusieurs reprises, il nous a donné des preuves de l'intérêt qu'il nous porte. Nous sommes heureux de l'en remercier publiquement de tout cœur.

Que M. le professeur Lépine, dans le service duquel nous avons eu la bonne fortune de passer un semestre, M. le professeur Bard, MM. Clément et Josserand, médecins des hôpitaux de Lyon, qui furent nos maîtres de l'externat et l'internat, veuillent bien agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous diviserons ce travail en trois chapitres : le premier rappelant d'une façon sommaire l'anatomie chirurgicale de la région sacro-coccygienne ; le second consacré à l'étude des procédés d'hystérectomie sacrée actuellement en usage ; le troisième dans lequel nous essaierons une appréciation critique des résultats obtenus.

CHAPITRE PREMIER.

ANATOMIE DE LA RÉGION SACRO-COCYGIENNE (1).

La région qui nous occupe présente comme squelette le sacrum et le coccyx. Nous négligerons la description anatomique et les rapports respectifs de ces deux os, suffisamment traités dans les ouvrages classiques; nous rappellerons seulement au point de vue opératoire, le seul qui nous intéresse, que le sacrum, ayant la forme d'un prisme curviligne à base triangulaire, présente une base articulée à la colonne lombaire sous un angle assez variable, et un sommet articulé au coccyx, et correspondant aux cornes du sacrum. Les cornes du sacrum, comme l'a fait remarquer Delbet (2), se

(1) Pour la rédaction de ce chapitre, nous nous sommes inspiré des recherches de Delbet, de la monographie très complète de Quénu et Hartmann, et du travail très documenté de Morestin concernant la chirurgie de la voie sacrée.

(2) Delbet. — Des suppurations pelviennes chez la femme. Paris, Steinheil, 1881.

trouvent, le sujet étant dans la station verticale, sur la même ligne transverse que les épines sciatiques dont on peut apprécier la situation par le toucher rectal ou le toucher vaginal. La face postérieure du sacrum présente, sur la ligne médiane, la crête sacrée facilement perceptible et recouverte du ligament inter-épineux, et, de chaque côté, la gouttière sacrée recouverte par les muscles de la masse commune et particulièrement le plus interne de cette masse le long dorsal, et le plus profond le transversaire épineux. Ces muscles sont recouverts superficiellement par une aponévrose assez épaisse, confondue en dehors avec la lame aponévrotique d'insertion du grand fessier. Le grand fessier vient en réalité prendre une de ses nombreuses insertions sur la crête sacrée ; la section de ses fibres, au moins en partie, sera donc inévitable dans le premier temps de toute résection sacro-coccygienne. L'aponévrose de la masse commune et du grand fessier est directement recouverte par la peau doublée du tissu cellulaire sous-cutané.

Les trous sacrés antérieurs et postérieurs sont au nombre de huit (quatre de chaque côté) pour chaque face du sacrum. De plus, les cornes du sacrum sont séparées des cornes coccygiennes par un petit trou qui donne également passage à une paire nerveuse, ce qui porte à cinq le nombre des orifices échelonnés dans le sens vertical de chaque côté de la ligne médiane. Si les trous sacrés postérieurs sont quantité négligeable au point de vue chirurgical, il n'en est pas de même des trous antérieurs qui donnent passage à des nerfs pelviens de grande importance — ce sont les

branches antérieures des six nerfs sacrés. Les trois premières, émergeant par les trois premiers trous sacrés, s'anastomosent avec le nerf lombo-sacré pour former le plexus sacré, à la constitution duquel prend également part la branche antérieure de la quatrième paire sacrée sortant par le quatrième trou sacré. Cette branche antérieure est très importante : elle s'anastomose au plexus sacré, au plexus hypogastrique et à la région coccygienne ; elle commande au moins en partie l'innervation des réservoirs pelviens, vessie et rectum. — Elle est forcément détruite dans les sections transversales du sacrum passant au-dessous du troisième trou sacré, et de cette suppression résultent des troubles fonctionnels dont nous aurons à parler à propos des critiques adressées à l'hystérectomie faite suivant la méthode de Kraske.

Les branches antérieures des cinquième et sixième paires sacrées sortent par un orifice commun, situé à l'union des cornes sacrées et coccygiennes : la branche antérieure de la cinquième paire s'anastomose à la quatrième et à la sixième ; celle-ci se divise elle-même en deux rameaux qui se dirigent d'avant en arrière et passent au travers du muscle ischio-coccygien.

Dans le même ordre d'idées, notons que le sphincter externe de l'anus s'insère en arrière sur le raphé fibreux reliant l'anus au coccyx ; plusieurs de ses faisceaux viennent naître à la face profonde de la peau de la région coccygienne. Il importe donc, pour prévenir l'atonie ultérieure de ce muscle par paralysie nerveuse, de respecter avec le plus grand soin, au cours

des résections du sacrum, la peau de la région coccygienne (1).

Mentionnons, pour mémoire, les deux ligaments sacro-sciatiques reliant les bords du sacrum à l'os iliaque et que l'on distingue en petit ou sacro-épineux proprement dit, et grand encore appelé sacro-tubérositaire, parce qu'il va se terminer sur la partie la plus épaisse de la tubérosité de l'ischion. — Ce dernier ligament est immédiatement sous-jacent aux fibres profondes du grand fessier, et à son insertion sacro-coccygienne; il se présente sous forme d'une lame recouvrant le bord correspondant du sacrum et confondue avec le feuillet profond de l'aponévrose du fessier (Quénu et Hartmann). Sur un plan plus profond que le grand ligament sacro-sciatique se trouve le muscle ischio-coccygien.

La situation exacte des divers trous sacrés et particulièrement du troisième, limite supérieure des sections permises du sacrum, demande à être repérée avec précision au point de vue des interventions portant sur la région sacro-coccygienne. M. Delbet a publié à ce sujet quelques résultats fournis par des recherches cadavériques et qui ne manquent pas d'intérêt. Le quatrième trou sacré, d'après cet auteur,

(1) Aubert. Du traitement des cancers du rectum par la méthode de Kraske. Thèse de Paris, 1890.

Le releveur de l'anüs a des fibres intriquées avec celles du sphincter externe, et, dans les cas dont nous parlons, il est également frappé d'un certain degré de paralysie.

correspond à la partie tout-à-fait inférieure des bords du sacrum; il est marqué, sur ces bords, par un angle assez brusque que subit l'os en passant de la direction quasi verticale à une direction très oblique en bas et en dedans. Cet angle peut être facilement senti, sous forme d'une saillie, d'une arête brusque, par le doigt explorant le fond de la plaie opératoire. — D'autre part, le même auteur fait remarquer que de la pointe du coccyx au bord inférieur du troisième trou sacré, il y a, *en projection*, une distance de 6 centimètres à 6 centimètres et demi. Cette distance sera mesurée à l'aide d'un compas d'épaisseur, dont une pointe appuiera sur l'extrémité coccygienne et l'autre sera placée sur le sacrum à la limite indiquée.

Les sections transversales du sacrum, telles que les pratiquent actuellement les chirurgiens, ouvrent nécessairement le canal sacré; mais, en se tenant au-dessous du troisième trou sacré, risque-t-on d'intéresser les méninges et l'extrémité terminale de la moelle ?

Les recherches de Trolard (1) nous rassurent quant à pareille éventualité : le cul-de-sac médullo-arachnoïdien terminal ne descend pas plus bas que la deuxième sacrée; chez l'adulte, il est à 8 centimètres du sommet du sacrum. Bardenheuer, Kraske disent également qu'une semblable lésion est anatomiquement impossible. — Rose (2) est d'ailleurs beaucoup moins

(1) Trolard. Archives de physiologie, 1888.

(2) Rose. In mémoire de Maas. Die amputation des Wirbel-

timide; il fait porter bien plus haut, au niveau des deuxièmes trous sacrés, la section transversale du sacrum. Toute la partie inférieure de la queue de cheval est enlevée; il prétend, à l'aide d'une pince coupante spéciale, occlure le canal vertébral et préserver de toute infection la dure-mère. Ce chirurgien sacrifie, en somme, de propos délibéré, les troisième, quatrième, cinquième, sixième paires sacrées.

La face antérieure du sacrum, très fortement concave en avant, est en rapport avec le rectum dont elle est séparée sur la ligne médiane par l'artère sacrée moyenne, latéralement par les nerfs du plexus sacré et les digitations du muscle pyramidal qui viennent s'insérer sur l'os entre les trous sacrés antérieurs. Tous ces organes sont entourés de tissu cellulaire lâche. La surface de revêtement péritonéal du rectum descendant bien plus bas sur la face antérieure de ce gros intestin que sur la face postérieure, l'opérateur, si le sacrum est réséqué à une grande hauteur, se trouvera en présence d'un rideau péritonéal constitué par la partie moyenne du méso-rectum, rideau qui masque la portion intra-péritonéale du rectum, les annexes et l'utérus. C'est cette toile péritonéale, qu'il faudra inciser, de préférence au niveau de la portion déclive du cul-de-sac de Douglas, pour aller saisir l'utérus et l'amener dans la plaie.

Les vaisseaux de cette région sont de médiocre

kanals zum Behuf des hinteres Bauchhöhlenschnitts nach prof. Rosé. Deutsche Zeitschrift für chirurgie. Bd. XXXII.

importance. La vascularisation du sacrum et du coccyx est assurée par l'artère sacrée moyenne qui parcourt de haut en bas la face antérieure du sacrum et du coccyx en donnant de nombreuses branches périostiques et musculaires. A son extrémité inférieure, elle s'anastomose avec les branches terminales des artères sacrées latérales. Sur les faces latérales du rectum, depuis la partie moyenne du sacrum jusqu'à l'anus, sont deux artères, une droite, l'autre gauche, branches de terminaison de l'artère hémorroïdale supérieure. Ces vaisseaux seront soigneusement évités par le chirurgien qui se tiendra toujours à distance des bords du rectum.

Le péritoine pelvien, chez la femme, présente à étudier les replis de Douglas dont l'origine et les rapports ont suscité de vives controverses. De nombreux anatomistes, Cruveilhier, Huguier, Hasse, Vallin, en ont donné des descriptions sensiblement différentes. Sans prendre parti dans ce débat, nous résumerons en quelques mots les recherches de P. Delbet (1) sur cet intéressant sujet. Les replis de Douglas, encore appelés ligaments utéro-sacrés, sont des saillies péritonéales à direction antéro-postérieure, situées l'une à droite, l'autre à gauche de la ligne médiane. Ils naissent, de la paroi postérieure de l'utérus en un point qui correspond à l'orifice interne du col, par un bourrelet qui semble réaliser la fusion des deux ligaments. Puis ils divergent, entourent le rectum et

(1) P. Delbet. Loc. cit.

vont se terminer quelquefois à la région lombaire (Huguier, Hasse, Vallin), le plus souvent sur le sacrum et le coccyx « suivant une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans, au niveau du sacrum, immédiatement en dedans des trous sacrés antérieurs, au niveau du coccyx, sur ses bords latéraux. Ces insertions se font principalement chez l'enfant, sur les disques intervertébraux ; chez l'adulte, sur les lignes qui les représentent, par de forts faisceaux » (Delbet). L'opinion de Fritsch qui refusait à ces ligaments toute insertion sacrée n'est plus admise aujourd'hui. Cette insertion est bien réelle, elle se fait même souvent par des faisceaux très résistants délimitant, grâce à leur entrecroisement réciproque, des arcades par lesquels passent les veines anastomotiques reliant les veines sacrées aux veines intra-rachidiennes. Delbet décrit avec détails le trajet ultérieur de ces fibres nées du sacrum. Sans le suivre dans cette étude qui nous mènerait un peu loin, nous dirons que la direction de ces faisceaux destinés à l'isthme de l'utérus et à la suspension du dôme vaginal (fibres sacro-vaginales de Farabeuf), fournit une précieuse donnée sur la situation du cul-de-sac de Douglas, du vagin et de l'utérus.

C'est là un point de repère qui peut devenir fort utile à l'opérateur, qui, après avoir réséqué le sacrum, arrive sur le rectum et va à la recherche de l'utérus. Quant au point le plus déclive du cul-de-sac de Douglas on le déterminera par le toucher vaginal en se rappelant que la profondeur du cul-de-sac à partir de l'insertion du vagin sur le col est d'environ 13 centimètres, de telle

sorte que le péritoine recouvre un peu plus du quart supérieur de la face postérieure du vagin (Tillaux).

Notons, pour terminer, l'existence de la cloison recto-vaginale constituée par un tissu cellulaire assez lâche auquel Quénu et Hartmann donnent le nom de loge prérectale. Il existe en arrière du rectum, d'après les mêmes auteurs, un espace celluleux ou loge retro-rectale.

CHAPITRE DEUXIÈME.

L'hystérectomie sacrée est née de l'opération de Kraske. Au point de vue de l'histoire de cette dernière, il convient de rappeler que, dès 1874, *Kocher* avait pratiqué l'extirpation du coccyx comme traitement opératoire des cancers du rectum.

En 1885, au 14^e congrès des chirurgiens allemands, *Kraske* fit une communication sur la résection sacro-coccygienne érigée en véritable méthode chirurgicale d'ablation des néoplasmes élevés du rectum.

Voici, brièvement résumé, le *modus faciendi* de *Kraske* : Le malade étant dans le décubitus latéral droit, il fait une incision parallèle à la crête sacrée et située un peu à gauche de cette dernière. Le sacrum et le coccyx sont dénudés jusqu'à leur bord gauche : on pratique la section des ligaments sacro-sciatiques jusqu'au niveau du troisième trou sacré, puis on résèque, au ciseau, le coccyx et la partie inférieure gauche du sacrum au dessous du troisième trou sacré.

Les tentatives de *Kraske* furent imitées par *Hoehnegg* (1888), *Bardenheuer*, *Rose* (1887). Ce dernier chirurgien fit même porter, pour avoir du jour, la

résection sacrée beaucoup plus haut, jusqu'au dessous du deuxième trou sacré. Voici sa technique opératoire (1) :

Le malade est couché sur le côté gauche, les cuisses pliées à angle droit sur le tronc. On mène une incision courbe dont la concavité est tournée à gauche. Cette incision part de l'épine iliaque postéro-inférieure gauche au niveau du bord inférieur de la symphyse sacro-iliaque ; elle gagne la ligne médiane qu'elle dépasse à droite d'une largeur de trois travers de doigt et se termine à l'anus dont elle respecte le sphincter. Les parties molles sont divisées jusqu'à l'os. Puis on sépare, à droite et à gauche, les parties molles d'avec l'os, soit par la méthode parostale, soit par la méthode sous-périostée. Pendant ce temps de l'opération, l'hémorragie est généralement minime. La dénudation effectuée, Rose sectionne les ligaments sacro-sciatiques et sépare de la pointe du coccyx les insertions du sphincter de l'anus. Les os deviennent alors plus mobiles. On isole le sacrum et le coccyx des parties molles qui recouvrent leur face antérieure, et, à l'aide d'une forte pince coupante, on sectionne, sur toute sa largeur, le sacrum tout au haut de la grande échancrure sciatique, au niveau des deuxième trous sacrés ; on enlève la partie inférieure de la queue de cheval. L'hémorragie est insignifiante surtout si on a eu soin de désinsérer l'artère sacrée moyenne en même temps que les parties molles antérieures au sacrum.

(1) Rose. Deutsche Zeitschrift für chirurgie. Bd. XXXII.

L'opération de Rose représente, comme on le voit, un traumatisme opératoire considérable. Hâtons-nous de dire que les partisans de l'hystérectomie sacrée ne vont pas aussi loin.

En 1888, *Herzfeld*, *Hochenegg*, eurent l'idée d'appliquer à l'utérus les données opératoires nouvelles fournies par Kraske, et ils publièrent à ce sujet diverses monographies opératoires inspirées par des recherches faites sur le cadavre.

La première tentative de ce genre, réalisée sur le vivant, est due à *Hegar* (27 novembre 1888). L'observation de la malade fut publiée l'année suivante par *Wiedow* (1). D'autre part, *Hochenegg*, en 1889, publie le compte-rendu de deux hystérectomies sacrées faites l'une par *Gersuny*, l'autre par lui-même (2). La même année, paraissent les importantes publications de *Wælfler*, *Zuckerkindl*, *Roux*, etc. En 1890, discussion intéressante sur ce sujet à la Société gynécologique de Vienne. En 1891, M. Terrier communique au congrès de chirurgie deux observations d'extirpation de l'utérus cancéreux par la voie sacrée, et, un peu plus tard, il fait paraître, en collaboration avec M. Hartmann, dans les *Annales de gynécologie*, un exposé très complet de cette question dont s'occupe également en même temps la Société russe de Pirogoff. Depuis lors, la chirurgie étrangère, allemande, russe

(1) Wiedow. Berlin, Klin. Wochenschrift, 1889.

(2) Hochenegg. Die Sacrale operations methode in gynäkologie. Wiener Klin. Wochenschrift, 28 février 1889.

ou scandinave, compte dans ses publications un assez grand nombre de cas d'hystérectomie sacrée. En France, au contraire, cette opération paraît avoir été condamnée sans appel et a priori. À part quelques observations rapportées par M. Michaux (1894), la bibliographie, à ce point de vue spécial, ne présente absolument rien à noter.

Les procédés préconisés pour réaliser l'hystérectomie sacrée sont assez nombreux ou, pour parler plus exactement, de nombreux chirurgiens ont préconisé des procédés ne présentant souvent que des dissemblances de détails. Pour mettre un peu d'ordre dans cet exposé, nous emprunterons à Terrier et Hartmann la division suivante. Ces auteurs distinguent : 1° les méthodes comportant la résection du sacrum ; 2° celles dans lesquelles on ne touche pas au squelette et on utilise l'incision para-sacrée.

Dans le premier groupe il y a lieu de décrire séparément les résections définitives et les résections temporaires ou ostéoplastiques.

PREMIER GROUPE.

**Hystérectomie sacrée, avec ablation définitive
d'une portion du sacrum.**

Procédé de Hochenegg (1). — L'auteur adopte une incision courbe à concavité gauche qui, partie du milieu de la symphyse sacro-iliaque gauche, décrit

(1) Hochenegg. Loc. cit.

d'abord un arc convexe à droite, suit la ligne médiane en se dirigeant vers le bord latéral droit du coccyx, près duquel elle finit à égale distance de l'anüs et de cet os. On sectionne la peau et tous les tissus suivant cette ligne et on détache les insertions musculaires du grand fessier. Le coccyx, libéré et dénudé, est luxé en arrière et extrait. Ensuite on détache les deux ligaments sacro-sciatiques gauches de leurs insertions sacro-coccygiennes jusqu'au niveau du troisième trou sacré postérieur gauche. Ceci fait, Hochenegg résèque la partie latérale gauche du sacrum. Il convient de respecter à droite les nerfs du quatrième trou sacré et les ligaments sacro-sciatiques. La section osseuse, d'après Hochenegg, est suivie d'une hémorragie en nappe assez abondante dont on vient, d'ailleurs, facilement à bout par la compression.

Malheureusement l'auteur donne fort peu de détails sur le *modus faciendi* qu'il emploie pour aller saisir l'utérus, le sacrum une fois réséqué. Cette lacune qu'on constate dans beaucoup d'observations est des plus regrettables.

Gersuny (1) se sert d'un procédé sensiblement analogue. Il emploie une incision en arc, située non plus à gauche, mais à droite. Il enlève le coccyx et résèque l'aile droite du sacrum au-dessous du troisième trou sacré.

Procédé de Herzfeld. — Ce procédé a été exposé avec détails par son auteur dans le *Centralblatt für gynæko-*

(1) Gersuny. Loc. cit.

logie de 1893, n^{os} du 2 et du 14 janvier. Voici en quoi il consiste : La femme étant couchée sur le côté gauche, la paroi est incisée depuis l'épine iliaque postéro-supérieure droite jusqu'à un centimètre de l'an^{us}. Cette incision est dirigée un peu à gauche et en bas et suit la crête sacrée. Le coccyx dénudé est réséqué ainsi que la *partie inférieure de la dernière vertèbre sacrée*. L'ap^onévrose prévertébrale est fendue sur une sonde cannelée dans toute la hauteur de l'incision. On aperçoit alors le *bord droit du rectum* et en avant de lui le vagin facilement distinct. On découvre facilement le cul-de-sac de Douglas et on l'ouvre entre deux pinces, en ayant soin d'agrandir son ouverture plus à droite qu'à gauche à cause du rectum. L'opérateur introduit à travers la plaie péritonéale l'index recourbé en crochet et attire le *fond de l'utérus* en bas et en arrière, puis il fait la ligature des ligaments larges en trois segments séparés et la section de ces ligaments. L'utérus, à ce moment, ne tient plus que par le vagin et le cul-de-sac péritonéal antérieur. Ce dernier est alors ouvert en avant du col et la vessie est décollée de l'utérus et du vagin. Avant d'ouvrir le vagin pour enlever l'utérus il faut suturer le péritoine en unissant la séreuse du cul-de-sac antérieur à celle du cul-de-sac postérieur. La cavité péritonéale une fois fermée, le vagin est incisé circulairement au-dessous du col et l'utérus est séparé en deux coups de ciseaux ; lorsqu'il est extrait, l'ouverture du vagin est suturée soigneusement. L'opération est terminée par le nettoyage à l'aide d'éponges aseptiques de la plaie qu'on draine par une mèche de gaze iodoformée.

L'incision à droite, d'après Herzfeld, permet d'éviter, plus facilement le rectum et d'arriver sans peine sur le cul-de-sac de Douglas. L'auteur insiste beaucoup sur l'importance de la suture péritonéale exécutée préalablement à l'ouverture du vagin : on prévient de la sorte l'infection de la séreuse par les produits du cancer qui s'écoulent plus ou moins par le col.

Cette méthode a donné à Herzfeld d'excellents résultats. Chez ses trois opérées, il n'a pas observé de mortalité ou de morbidité opératoire.

Von Werdt (1) qui a eu à trois reprises l'occasion d'employer le procédé Herzfeld, propose de compléter l'opération de la façon suivante : au lieu de laisser béante la plaie sacrée, il referme d'abord entièrement la plaie vaginale ; puis, à l'aide de sutures profondes en étage à la soie, il rétrécit l'entonnoir, et ferme enfin la plaie cutanée dans l'angle supérieur de laquelle il introduit un petit drain.

Les malades peuvent de la sorte rester couchées sur le dos. Dans les cas de V. Werdt, les sutures furent enlevées au bout de sept à huit jours et les femmes purent se lever du dix-septième au vingt-unième jour. Toutes les plaies se réunirent par première intention.

On ne peut que féliciter le chirurgien suisse de ces brillants résultats, mais nous croyons que les opérateurs, même sûrs de leur asepsie, qui voudraient

(1) Von Werdt. Drei totalexstirpationen des uterus nach der sacralen Methode.

Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte, mai 1894, n° 9.

imiter sa conduite pourraient bien souvent s'exposer à des mécomptes. Il est au moins hardi, peut-être imprudent, de chercher la réunion par première intention pour de tels traumatismes opératoires dans une semblable région.

Procédé de Müller (1). — Il ne présente rien de particulièrement original. La malade est placée dans le décubitus dorsal, le bassin est fortement relevé. Müller met à nu le coccyx et la partie inférieure du sacrum par une longue incision partant de la pointe du coccyx. Après avoir libéré les os, il détache à coup de ciseaux la partie inférieure du sacrum qu'il résèque en même temps que le coccyx. Le rectum étant refoulé à gauche, un aide fait avec l'index saillir dans la plaie la paroi postérieure du vagin qu'on incise. Cette incision est agrandie en haut et en bas, suivant le volume de l'utérus qu'on se propose d'extraire.

M. Michaux, chirurgien des hôpitaux de Paris, compte à son actif quatre hystérectomies sacrées, dont les observations ont été rapportées par Veslin (Archives de tologie et de gynécologie, janvier 1895). Il insiste sur ce fait qu'il s'agit là d'une opération d'exception, plus difficile et plus grave que l'hystérectomie vaginale. Le chirurgien ne devra enlever que le minimum strictement indispensable du squelette; il condamne également les résections temporaires et croit à l'échec de toutes les tentatives de réimplantation.

(1) Müller. Ueber die Sogenannte methode der total Exstirpation der Carcenomalous uterus.

Voici le manuel opératoire qu'il propose : « La malade est couchée dans la position latérale droite de Sims. Antisepsie aussi rigoureuse que possible de la région opératoire et du vagin. Incision partant du voisinage de l'épine iliaque postérieure et inférieure gauche allant à la pointe du coccyx. De l'extrémité supérieure de cette ligne part une seconde incision perpendiculaire passant au-dessus du sacrum et se terminant à son bord droit. On a ainsi un lambeau cutané qui, disséqué et récliné à droite et en bas, laisse bien à nu le sacrum dans sa partie inférieure et le coccyx. On libère la pointe du coccyx, et le doigt passé en dessous soulève l'os; on sectionne alors à droite et à gauche les parties molles auxquelles il donne attache; le sacrum est, lui aussi, quelque peu libéré latéralement. Une pince coupante est introduite sous l'os et on sectionne au niveau de la partie terminale du sacrum. Si on manque de jour, on peut faire une recoupe, mais la grande préoccupation du chirurgien doit être ne pas enlever trop d'os; nous le répétons à dessein, et surtout, comme le dit bien Delbet, de s'en tenir au-dessous du troisième trou sacré.

« L'opérateur se trouve à ce moment dans du tissu cellulo-adipeux abondant : les doigts sont plus utiles que le bistouri. Un aide peut introduire un doigt dans le rectum pour guider l'opérateur, et cette portion d'intestin, bien reconnue et libérée, est confiée à un écarteur qui la récline fortement en haut et à gauche. Le chirurgien, avec une pince à griffes, saisit les parties celluluses un peu à droite de la ligne médiane, les sectionne et, sans grande difficulté en général, trouve

le péritoine qu'il incise. L'introduction d'un doigt dans le vagin, repoussant vers la plaie le cul-de-sac de Douglas, rend des services dans le cas où la recherche du péritoine est laborieuse.

« L'index va se rendre compte de la situation de l'utérus, des adhérences possibles qui sont déchirées et une ou deux pinces de Museux sont fixées sur le fond de l'organe.

« L'utérus est alors amené au dehors à travers la boutonnière péritonéale, une pince est placée sur le ligament large droit qui est sectionné et l'utérus bascule à droite; on fait la même manœuvre pour le ligament gauche. Dissection d'un lambeau péritonéal sur la face antérieure de l'utérus qui pourra être utile pour la fermeture complète de la séreuse. On circonscrit l'utérus d'un léger coup de bistouri. Ligature des ligaments larges à la soie. L'utérus est alors dans sa totalité basculé en arrière; on referme en avant de lui la cavité péritonéale avec de la soie fine. Dans certains cas, on est obligé de laisser des pinces à demeure ou on manque de séreuse pour fermer la grande cavité. On laisse le péritoine ouvert et on draine à la gaze iodoformée. Quoiqu'il en soit, à ce moment, le chirurgien tient l'utérus dans sa main. Il lui est facile de le libérer de la vessie et du rectum : l'artère utérine est liée isolément ou en masse avec la partie inférieure du ligament large et le vagin est sectionné à l'endroit où on le juge convenable. La cavité vaginale sert au drainage et il y a intérêt, selon nous, à ne pas la fermer; la peau est suturée au crin de Florence, incomplètement toutefois, afin de pouvoir laisser une petite mèche de gaze » (Veslin).

Tous les procédés que nous venons d'exposer ne diffèrent en somme que par des points de détail. Que l'incision cutanée se trouve à droite ou à gauche, qu'elle se rapproche de la ligne médiane ou qu'elle s'en écarte, ce sont là des variantes sans grande importance. Il n'en est pas de même de la quantité d'os sacrifiée par la résection. Tout en cherchant à avoir le plus de jour possible, le chirurgien devra savoir ne pas abuser du ciseau ou de la pince coupante et limiter au strict nécessaire les délabrements osseux. Plusieurs considérations commandent cette parcimonie dans le traumatisme opératoire et en premier lieu la nécessité de ne pas trop multiplier les sections nerveuses et les paralysies des sphincters (vessie, rectum). A ce point de vue il faut reconnaître que les hémirésections telles que les pratiquait Kraske sont moins préjudiciables à l'innervation des réservoirs pelviens que les sections transversales totales, en faveur à l'heure actuelle. Quant à la hauteur de sacrum enlevée, on ne saurait formuler des règles fixes à cet égard. Elle est évidemment en rapport avec l'étendue de champ opératoire que l'on désire, le volume de la tumeur utérine, etc. ; on peut à cet égard trouver dans la collection des procédés tous les intermédiaires, depuis Czerny, qui se borne à l'ablation du coccyx, jusqu'à Rose, qui enlève presque tout le sacrum. Entre les méthodes extrêmes, il y a place pour un juste milieu dans lequel un chirurgien prudent saura bien se tenir. En tout cas, il importe de bien savoir qu'une résection faite dans des proportions modérées, est bien plus compatible avec la possibilité ultérieure

de la station, de la marche, avec le fonctionnement normal de la vessie et du rectum, et avec la réparation de la plaie opératoire.

DEUXIÈME GROUPE.

Procédés utilisant la résection temporaire ou ostéoplastique du sacrum.

Pour le sacrum, comme pour les autres pièces importantes du squelette, la résection sous-périostée peut s'exécuter avec facilité et M. le professeur Ollier (Traité des résections, tome III, page 851), en décrit avec détails le manuel opératoire; il est même possible de faire une résection élevée sans intéresser le contenu nerveux du canal sacré. « Il suffit, dit M. Ollier, de détacher au niveau de l'ouverture inférieure du canal tous les tissus fibreux entourant la moelle et les méninges; on les soulève de bas en haut et, à mesure que la séparation est opérée par la rugine, on incise l'extrémité inférieure de l'os par morcellement avec la cisaille ou de forts daviers-gouges. On fait ensuite sauter avec le ciseau la paroi postérieure du canal sacré et on soulève par cette brèche tout le paquet méningo-nerveux en sectionnant avec les ciseaux les parties nerveuses qui s'en détachent. » (On ne peut sacrifier ainsi que les trois dernières.)

En tout cas, qu'il s'agisse pour le sacrum de résection

définitive ou de résection temporaire, M. le professeur Ollier conseille la méthode sous-périostée. Celle-ci, d'ailleurs, permet d'opérer avec une perte de sang très minime.

La résection temporaire, c'est-à-dire avec lambeau ostéo-cutané, avait déjà été préconisée par *Heinecke* pour le cancer du rectum lorsqu'elle fut exécutée par *Hegar* pour l'ouverture d'un abcès pelvien. Voici, rapportée par *Wiedow*, la technique de ce chirurgien (1): On fait sur la face postérieure du sacrum une incision en Y qui commence à trois centimètres en dessous et en dedans de l'épine iliaque postéro-inférieure et finit à la pointe du coccyx. Le lambeau supérieur reste adhérent à la face postérieure du sacrum. Les muscles et les ligaments sont désinsérés sur le côté de l'os: le rectum est décollé de sa face antérieure: puis le sacrum est sectionné à la scie à chaîne, suivant une ligne oblique dont l'extrémité droite correspond à l'espace compris entre le troisième et le quatrième trous sacrés, l'extrémité gauche à la corne sacrée. L'os, ainsi sectionné, est rabattu avec la peau et, plus tard, l'opération une fois terminée, il est remis en place.

W. Lévy (1) croit, d'après les recherches qu'il a faites sur le cadavre, qu'il est préférable de prendre un grand lambeau ostéo-cutané, comprenant la partie inférieure

(1). Pour toute cette question on peut consulter avec profit l'intéressante Revue générale de M. Broca, in *Gaz. hebdomadaire*, 1890, 4 octobre.

(1) Lévy. Zur technik der Mastdarmresektion. *Centralblatt für Chirurgie*. Leipzig, 1889, n° 13.

du sacrum et le coccyx ; le lambeau est limité, en haut, par une incision transversale et horizontale de 8 à 10 centimètres, située à un travers de doigt au-dessus de la corne coccygienne. Cette incision pénètre d'emblée jusqu'à l'os. Des extrémités de l'incision transversale partent deux incisions verticales et descendantes, divisant la peau et toute l'épaisseur du grand fessier. Un crochet écarte en dehors l'une de ces incisions ; on arrive alors en décollant le grand fessier, à mettre à nu et à diviser les ligaments sacro-tubérositaire et sacro-épineux dans le sens de l'incision transversale. On agit de même du côté opposé. On décolle alors le tissu cellulaire de la face antérieure du sacrum et on coupe celui-ci transversalement avec une pince. L'extrémité inférieure du sacrum adhérente à la peau porte encore la moyenne partie des insertions des ligaments sacro-sciatiques. En l'attirant avec un crochet, on la fait basculer en bas et en arrière. L'opération terminée, le fragment osseux est remis en place et suturé. Ce procédé, excellent d'ailleurs, le meilleur peut-être des procédés ostéoplastiques, est passible d'un reproche. D'après Terrier et Hartmann, on n'obtient, par le procédé de Lévy, qu'un écartement assez minime (cinq centimètres environ) entre les surfaces osseuses sectionnées. Le fragment de sacrum réséqué est, en effet, maintenu encore par de solides insertions ligamenteuses et la solidité du plancher pelvien est partant fort peu compromise.

M. Delbet (Annales de gynécologie, 1890, tome II, p. 373), a repris le procédé de Lévy auquel il a apporté quelques modifications de détail. L'incision transver-

sale, située à 6 centimètres au-dessus de la pointe coccygienne, est longue de 10 centimètres; les incisions descendantes ne sont pas verticales, mais obliques en bas et en dedans, comme si elles devaient se croiser entre le coccyx et l'anus, mais on les arrête un peu avant cette intersection. En profondeur, ces incisions vont jusqu'au grand fessier, mais sans intéresser ses fibres. L'incision horizontale mérite d'être traitée d'une façon particulière. Dans la partie moyenne on coupe jusqu'à l'os; de chaque côté on voit les fibres du grand fessier presque parallèles à l'incision. Il faut passer entre les fibres du fessier pour arriver sur les ligaments sacro-sciatiques. On sectionne alors le ligament sacro-tubérositaire presque perpendiculairement à ses fibres et le sacro-épineux parallèlement aux siennes. Le dernier ligament n'est pour ainsi dire pas atteint et compromis par cette section; quant au sacro-tubérositaire on peut le sectionner complètement ou incomplètement. Lorsque cette section ligamenteuse a été faite des deux côtés, il y a de chaque côté du sacrum une boutonnière transversale à travers laquelle peut se glisser l'index ou une rugine, destinés l'un et l'autre, en glissant sur la face antérieure de l'os, à décoller et à repousser en avant les parties molles. Lorsque le sacrum est suffisamment dénudé, on le sectionne d'arrière en avant soit avec une pince, soit avec une scie à chaîne ou mieux avec une scie ordinaire. Le fragment sacré inférieur, une fois la section réalisée, donne encore insertion au grand fessier et aux ligaments sacro-sciatiques. On le

fait basculer en arrière et on obtient de la sorte un écartement de 5 centimètres dans le sens vertical.

Par l'ouverture ainsi créée, on voit le rectum qu'on écarte à gauche et cela fait on va jusqu'au péritoine, en se tenant le plus près possible de la ligne médiane; on ne rencontre que des nerfs. On s'efforcera tout particulièrement de ne pas léser les branches antérieures de la troisième paire sacrée et on y parviendra assez facilement si, à ce moment, on abandonne le bistouri pour faire le décollement avec le doigt ou un instrument mousse. L'utérus et le cul-de-sac postérieur étant soutenus par un tampon ou le doigt d'un aide introduit dans le vagin, on arrive sur le cul-de-sac de Douglas qu'on incise, et on aborde alors très facilement les organes pelviens, utérus, ligaments larges, etc. Delbet pense qu'il est inutile, au cours de ce genre d'hystérectomie, de faire l'hémostase par les ligatures en chaîne; il suffit de mettre des pinces sur les points qui saignent.

Procédé de Jeannel (1). — Il a pour but d'agrandir encore le champ opératoire tout en diminuant le nombre de fibres ligamenteuses sectionnées. A 6 cent. 1/2 au dessus de la pointe du coccyx, Jeannel fait une première incision transversale poussée à fond jusqu'à l'os et réunissant les deux épines iliaques postéro-infé-

(1) Jeannel. De la résection temporaire du sacrum pour aborder les organes pelviens, nouveau procédé à double volet osseux, *Gaz.*, hebdomadaire, Paris, 1890.

rieures. Il dégage à la rugine les bords du sacrum tout au fond de la grande échancrure sciatique, juste assez pour pouvoir glisser sous le sacrum contre la face antérieure une sonde cannelée. Avec la gouge et le maillet, ostéotomie transversale entre *le deuxième et le troisième trous sacrés*. Ceci fait, une seconde incision parallèle à la précédente et longue de 6 centimètres est pratiquée au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, Ces deux parallèles sont réunies par une incision verticale suivant de très près la crête sacrée ; on a de la sorte une incision en $\boxplus$. Avec une pince coupante, on sectionne le sacrum sur la ligne médiane jusqu'à l'articulation sacro-coccygienne qu'on tranche d'un coup de ciseau. On a ainsi *deux volets ostéoplastiques* qu'on peut écarter pour opérer dans les parties profondes.

Pas plus que le procédé de Lévy le procédé de Jeannel n'a été appliqué sur le vivant.

Procédé de Roux (1). — C'est un procédé en équerre ; la branche verticale de l'équerre est représentée par le bord droit du sacrum, la branche horizontale par un trait de scie passant au-dessous du troisième trou sacré. Après avoir libéré le bord droit du sacrum par incision et désinsertion à la rugine des ligaments sacro-sciatiques, Roux sectionne transversalement le sacrum à la hauteur convenable et renverse le lambeau ostéo-sacré comme un volet sur la fesse du côté opposé.

(1) Roux (de Lausanne). De l'accès aux organes pelviens par la voie sacrée. *Correspondenzblatt für schweizer aerzte*, 1889, p. 449.

Procédé de Borelius (Nordiskt. med. Arkiv. XXVI, 24).

— L'incision présente ici une forme un peu spéciale. De la hauteur des épines iliaques postéro-inférieures à l'extrémité du coccyx, elle est verticale médiane et va jusqu'à l'os. A partir du coccyx, elle dévie à droite et suit pendant quelques centimètres le bord inférieur du grand fessier. Les bords droits du coccyx et du sacrum sont dénudés jusqu'au niveau du ligament sacro-sciatique droit. Dans le second temps, l'auteur pratique la section osseuse suivant une ligne oblique qui passe au niveau du bord inférieur du quatrième trou sacré postérieur droit et du troisième trou sacré postérieur gauche. Le lambeau, d'abord rabattu sur le côté gauche, est remis en place à la fin de l'opération.

Borelius dans l'exposé un peu sommaire qu'il donne de son procédé, n'explique malheureusement pas comment il peut dénuder le bord droit du sacrum sans sectionner ou détacher, peu ou prou les ligaments sacro-sciatiques de ce côté.

Toutes ces tentatives ostéo-plastiques, séduisantes au point de vue théorique, n'ont pas donné dans la pratique les heureux résultats qu'en attendaient leurs auteurs. Pour ce qui concerne l'opération de Kraske proprement dite, elles sont à peu près unanimement rejetées aujourd'hui, et il semble bien qu'il en doive être de même pour l'hystérectomie sacrée.

Peut-on, chez des cancéreuses plus ou moins cachectiques et débilitées, espérer la replantation, la suture osseuse comme chez un jeune sujet ? Assurément non, chez de telles malades la vitalité du squelette est profondément atteinte par l'infection cancéreuse ; le

fragment remis en place subit le plus souvent une nécrose partielle ou totale. Il en résulte des fistules, des abcès avec séquestre osseux qui retardent indéfiniment la guérison opératoire à laquelle s'oppose aussi dans une certaine mesure le décubitus des opérées sur la région sacrée.

Cette évolution du fragment ostéoplastique prend encore une plus fâcheuse tournure lorsqu'il existe, après l'intervention, de l'infection des parties profondes (loges cellulaires péri-rectales). Pour ces diverses raisons, nous croyons que les procédés ostéoplastiques sont très inférieurs, au point de vue des résultats, aux résections définitives. On peut d'ailleurs, comme nous l'avons déjà dit, faire ces dernières aussi minimales qu'on le désire ; c'est à ce dernier mode opératoire que se rattache le procédé employé par Terrier et Hartmann dans les deux cas personnels qu'ils rapportent. Ils ont suivi la voie para-sacrée gauche et simplement réséqué le bord gauche du sacrum.

Zweifel (de Leipzig), dont les observations ont été relatées par *Abel* dans un travail très documenté (1), s'abstient le plus souvent de toute résection sacrée ; il se borne à l'extirpation temporaire du coccyx. A cette différence près, sa technique ne présente d'ailleurs rien de bien particulier.

(1) G. Abel. Zur technik und indication der sacralen totalenextirpation der carcinomatösen uterus. Cent. f. gyn. 1893, n° 19.

TROISIÈME GROUPE.

**Hystérectomies faites par la voie postérieure sans toucher
au squelette.**

Nous abordons maintenant l'étude de l'hystérectomie faite par la voie para-sacrée. Dès 1889 *Zucker-
kandl* (1), dans un travail purement anatomique sans
observations cliniques, déclarait inutile toute résection
osseuse. Voici les données qu'il propose : L'incision est
à gauche et, partie de l'épine iliaque postéro-inférieure,
suit le bord du sacrum et se termine dans le creux
ischio-rectal à égale distance de la tubérosité de
l'ischion et du rectum ; on arrive au cul-de-sac de
Douglas en sectionnant les muscles et les ligaments
sans crainte du gros paquet vasculo-nerveux de
l'échancrure sciatique qui est absolument en dehors
de l'incision. Hystérectomie.

Wœlfler (2) préfère une incision à droite. Elle part
un peu au dessous et en dehors (1 à 2 centimètres) de
l'union du sacrum et du coccyx, décrit un arc de
cercle à concavité tournée vers la tubérosité droite,

(1) *Zuckerkandl*. Notiz über die Blosslegung der Beckenorgane. (Wien. Klin. Woch. 1889).

(2) *Wölfler*. Über die parasacralen und pararectalen Schmitt zur Blosslegung der Rectum der Uterus und der Vagina. Wien. Klin. Woch. 1889, n° 15.

passant près du rectum et se terminant dans le périnée en un point voisin de la commissure inférieure de la vulve à 2 ou 3 centimètres de cette commissure. Le grand fessier, les ligaments grands et petits sacro-sciatiques sont coupés au voisinage de leur insertion. Le releveur de l'anus est sectionné à son tour, on arrive sur le rectum qu'on sépare du vagin et on aborde le péritoine au fond du cul-de-sac recto-utérin. Wölfler conseille d'abaisser autant que possible l'utérus à l'aide de pinces de Museux placées sur le col, et d'employer le thermo-cautère comme agent d'hémostase.

Kufferath (Soc. belge de gynécologie 1890) a étendu le procédé de Wölfler à des limites qui lui méritent de figurer dans un manuel de médecine opératoire plutôt que dans un traité de chirurgie. Dans le cas unique qu'il rapporte (disons que son opérée est morte), il fit une énorme incision commençant sur le bord droit du sacrum à 3 centimètres au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne, suivant le bord des deux os, puis la ligne médiane du périnée jusqu'à 1 centimètre de l'anus. Elle le contourne en demi-cercle et se termine à la commissure postérieure de la vulve — section des parties molles, fessier, ligaments sciatiques, etc. —

Ce procédé est sévèrement jugé par M. Morestin et nous ne pouvons que nous associer à cette appréciation.

Schuchardt (1) cherche la voie d'accès dans le creux

(1) Schuchardt. Eine neue Methode der gebärmutter extirpation. Cent. f. chirurgie, 1893.

ischio-rectal, mais il s'efforce de ménager les ligaments et le releveur.

Voici en quoi consiste son procédé : incision antéro-postérieure légèrement convexe en dehors, débutant à l'union du tiers supérieur et du tiers inférieur de la peau de la grande lèvre, correspondant au ligament large infiltré.

Cette incision se dirige en arrière et se termine au sacrum, en passant à deux travers de doigt en dehors de l'anus. On pénètre dans le creux ischio-rectal en respectant le releveur, les ligaments et le rectum. Au fond de cet entonnoir, on aborde la face latérale du vagin qu'on incise largement jusqu'à son insertion sur le col. On parvient de la sorte à l'utérus et au ligament large correspondant, et l'extirpation de ces organes est très facile. Cette méthode, qui présente de nombreux points de ressemblance avec celle que M. Michaux a proposée pour la cure chirurgicale des fistules vésico-vaginales, aurait, d'après *Wœlfler* (1), qui l'a appliquée une fois, l'inconvénient de mettre à nu le plexus hémorrhoidal dans une région où l'asepsie de la plaie est extrêmement difficile à maintenir.

(1) Wœlfler. 23^e congrès des chirurgiens allemands, 1894. (L'opérée de Wœlfler succomba à un phlegmon profond ayant son origine dans le creux ischio-rectal).

CHAPITRE TROISIÈME.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES. — ACCIDENTS.

L'hystérectomie par la voie sacrée, comme le font très justement remarquer Terrier et Hartmann, est une opération difficile, fertile même en surprises. Elle est forcément assez longue, bien que les chirurgiens qui l'ont pratiquée aient oublié de nous renseigner sur la durée de l'acte opératoire. Nous allons résumer brièvement les incidents qui peuvent survenir au cours de cette intervention.

L'hémorragie consécutive à la résection osseuse est parfois abondante : elle a tantôt une origine artérielle (artères pré-sacrées), tantôt une origine veineuse (plexus veineux intra-rachidiens, veines anastomotiques, etc.). Quelle que soit sa cause, elle cède assez facilement à un tamponnement très serré à la gaze iodoformée et la statistique des cas publiés ne relate pas de mort par hémorragie.

La difficulté de reconnaître le cul-de-sac de Douglas est en général assez grande malgré les divers moyens

proposés pour en accentuer la saillie (index ou tampons introduits dans le vagin, pince placée dans le cul-de-sac postérieur). Souvent, comme dans les cas de Terrier et Hartmann, de Hegar, le péritoine est doublé par une couche graisseuse abondante, et l'opérateur, croyant agir dans les fascias sous-péritonéaux décolle, en réalité le cul-de-sac.

La *blessure de l'intestin grêle* a été observée : il faut se souvenir que le cul-de-sac recto-utérin contient normalement des anses grêles qui peuvent être rétractées, ratatinées par le fait d'adhérences anciennes.

La *déchirure du rectum* s'est également produite dans les cas de Hochenegg, Zinsmeister.

La *libération de l'utérus* est souvent très pénible ; elle a déterminé parfois des lésions de la vessie. Cet accident, d'ailleurs reconnaît pour cause bien moins une faute opératoire que l'existence d'adhérences néoplasiques et de prolongements de la tumeur. Pour l'éviter toutefois dans la mesure du possible, il sera toujours indispensable de faire précéder l'hystérectomie d'un cathétérisme vésical très soigneux, à la fois explorateur et évacuateur.

La *ligature de l'uretère du côté opéré* a été observée par de nombreux chirurgiens, Hochenegg, Czerny, Kufferath, Terrier. « Cela s'explique par ce fait que l'uretère, situé du côté où l'on opère peut être plus facilement désuni de ses connexions celluleuses avec le bassin et que, dès lors, mobilisable, il se laisse plus facilement attirer et atteindre. » (Terrier et Hartmann.) Pour *Dittel*, la fréquence de cet accident constitue un

grief sérieux contre l'hystérectomie sacrée. Il ne faut pourtant rien exagérer dans ce sens. L'hystérectomie vaginale réalisée à l'aide des pinces de Richelot compte à son actif pas mal de complications opératoires de ce genre. Les pinces à forcipressure, placées souvent un peu au hasard au fond d'un vagin étroit qui saigne, constituent une méthode au moins aussi aveugle que la ligature exécutée sur un ligament large, bien visible, amené au fond de la plaie. Il importera en tout cas de surveiller la quantité d'urine émise par l'opérée pendant les premiers jours. Si elle est notoirement inférieure à la moyenne physiologique, il sera peut-être indiqué, après avoir enlevé le tamponnement à la gaze, d'aller au fond de la plaie sacrée à la recherche du ligament large où se trouve l'uretère supposé oblitéré et de supprimer l'agent d'étranglement. L'argument tiré de la possibilité de la ligature de l'uretère ne nous paraît donc pas de nature à condamner définitivement la méthode.

La *pelvi-péritonite suppurée* est une complication possible : l'opération somme toute, ne l'oublions pas, est une laparotomie postérieure intéressant le cul-de-sac de Douglas. L'intestin sera protégé par des compressees stérilisées contre les contacts du chirurgien, des aides ou des instruments. On s'attachera surtout à le préserver au moment de l'extraction de la tumeur. La plaie, à la fin de l'opération sera rendue étanche, à l'aide d'éponges stérilisées. Si le chirurgien conserve un doute sur son asepsie, il fera bien de drainer la plaie par le sacrum et par le vagin à l'aide d'une grosse mèche de gaze.

Mentionnons pour terminer la *cellulite pelvienne*, les *fistules urinaires* et *stercorales*, les *eschares*.

La *perturbation* apportée à la statique du bassin peut s'observer à la suite de traumatismes opératoires comportant la section des ligaments sacro-sciatiques, du releveur, etc. Cette complication n'est d'ailleurs nullement fatale. Kraske pense qu'il se forme une cicatrice fibreuse très solide capable de suppléer aux ligaments détruits. *Lihotsky* (1) a publié l'observation d'une femme opérée par Hochenegg d'un cancer du rectum qui put accoucher normalement ensuite.

RÉSULTATS STATISTIQUES.

Il nous a été impossible de rassembler les éléments d'une statistique complète et détaillée de l'hystérectomie faite par la méthode de Kraske. Beaucoup d'observations, dans les Revues étrangères que nous avons pu consulter, sont très sommairement rapportées en quelques lignes, et les résultats tant immédiats qu'éloignés ne sont pas mentionnés (2).

La statistique la plus instructive, sinon la plus récente est, à notre avis, celle donnée par MM. Terrier et

(1) Lihotsky. Soc. impér. de Vienne, 1888.

(2) Ceci s'applique en particulier aux chirurgiens suédois, Lindh, Bergh, dont les observations sont souvent réduites à un simple titre.

Hartmann dans les *Annales de gynécologie* de 1891. Ces auteurs rapportent un total de 23 hystérectomies faites par la voie sacrée, avec 6 morts opératoires soit une mortalité brute de 26 %.

17 guérisons opératoires { une avec un anus sacré.
 { une avec une fistule urétérale.

Les résultats de la pratique des divers chirurgiens sont très variables. — Désastreux pour certains, Hegar, par exemple, qui accuse 50 % de mortalité opératoire, ils sont excellents pour Roux, Czerny, Müller, Herzfeld, Michaux qui ont une mortalité absolument nulle. Hochenegg, l'initiateur de la méthode accuse une mortalité de 33 % (deux guérisons, une mort).

Si nous nous reportons à une statistique plus récente, celle de Westermarck (1), nous y trouvons consignées 104 hystérectomies sacrées et 25 morts opératoires, soit 24 % de mortalité. On pourrait croire au premier abord, que la statistique n'a subi qu'une amélioration insignifiante, mais il ne faut pas oublier que le total publié par Westermarck englobe la statistique primitive de Terrier et Hartmann.

Ce sont là, avouons-le, des résultats bien inférieurs à ceux de l'hystérectomie vaginale, pour laquelle les dernières statistiques (*Tannen, Léopold, Fritsch, Kaltenbach*) indiquent une mortalité variant entre 4 et 2 %, mais il convient de remarquer que l'hystérecto-

(1) Westermarck. Hygica 1894. Stockolm.

Ce chirurgien a employé pour ses dix opérations la méthode para-sacrée.

mie sacrée a été trop souvent jusqu'à ce jour appliquée à des cas foncièrement mauvais et qu'on ne saurait lui demander d'autres avantages que celui-ci : la facile extraction d'un gros utérus dégénéré chez une malade présentant de l'atrésie vaginale (1).

(1) M. Pichevin (Archives de Tocologie et de gynécologie, mai 1895) préconise pour remédier à cette atrésie vulvo-vaginale toute une série de moyens : débridements, dilatation graduelle ou brusque. Il donne la préférence au pessaire de Gariel. Mais ces procédés sont loin de réussir toujours.

CONCLUSIONS.

I. — L'hystérectomie par la voie sacrée est, au point de vue de la gynécologie opératoire, l'équivalent de l'opération proposée par Kraske pour les néoplasmes du rectum ; sa technique est sensiblement identique. Toutefois on peut utiliser également la voie para-sacrée, qui ne comporte pas de résection osseuse.

II. — L'étude comparative des résultats publiés, semble montrer que l'hystérectomie avec résection sacro-coccygienne temporaire ou définitive est supérieure, au point de vue opératoire à l'hystérectomie réalisée par la méthode para-sacrée. Quant à la valeur respective des deux procédés, au point de vue des résultats éloignés, les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse se former à ce sujet une opinion nette.

III. — Les tentatives de conservation d'un lambeau ostéo-cutané (résection sacro-coccygienne temporaire), ont donné des résultats peu encourageants. Diverses complications, nécrose, suppurations étendues, ont

été la conséquence de ces interventions qui présentent en outre l'inconvénient de retarder notablement la guérison opératoire.

IV. — Les objections faites à l'hystérectomie sacrée, au point de vue des troubles de la station, de la marche, du défaut de soutien ultérieur du plancher pelvien, n'ont qu'une faible valeur. Bien plus à considérer semblent être les troubles d'innervation (atrophie, paralysie) entraînés par la section des nerfs sacrés inférieurs.

V. — En somme, l'hystérectomie sacrée se présente au chirurgien comme une *bonne méthode d'exception* à utiliser lorsque l'hystérectomie vaginale se heurte à des difficultés d'ordre anatomique sérieuses (atrésie vaginale, volume considérable de l'utérus). Elle ne saurait être mise en parallèle avec l'hystérectomie vaginale, mais, dans les limites de ces indications bien précisées, elle peut donner de bons résultats.

VU : POUR LE DOYEN,

L'Assesseur,

LÉPINE.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

FOCHIER.

Permis d'imprimer

Lyon, le 12 novembre 1895.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION,

Le Doyen de la Faculté des Sciences,

RAULIN.

